TITRES

ET

TRAVAUX

DU

Dr Maurice CHEVASSU

PARIS
J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
—
1907

I

TITRES

Externe des hôpitaux, 1899. Premier de la promotion.
Interne des hôpitaux, 1901.
Aide d'anatomie, 1902. Premier ex-æquo.
Prosecteur à la Faculté, 1905.
Membre titulaire de la Société anatomique, 1906.
Docteur en médecine, 1906.

II

PRIX

Lauréat de l'Assistance publique. Prix Arnal, 1899.
Prix de l'internat. Médaille d'argent, 1905.
Prix de thèses. Médaille d'argent de la Faculté, 1907.
Prix Marjolin-Duval. Société de chirurgie, 1907.

III

ENSEIGNEMENT

Exercices cliniques du soir, en mars et avril 1902, en remplacement de M. Fredet, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.

Conférences publiques d'externat et d'internat (Amphithéâtre Cruveilhier). 1901, 1902 et 1903.

Démonstrations d'anatomie, comme aide d'anatomie et prosecteur. 1902-1907.

Cours de médecine opératoire spéciale sur la tête, le cou et le thorax. 1906.

IV

TRAVAUX

I. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Les infections. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*. 2e éd., t. I, 1907. (En collaboration avec M. Pierre Delbet.)

II. — TESTICULE

Tumeurs du testicule. Thèse de Paris, mars 1906.

Chorio-épithéliome intra-testiculaire. *Société anatomique*, 14 octobre 1904, p. 653.

L'adénome vrai dans le testicule ectopique. *Revue de chirurgie*, février 1907, p. 234 (en collaboration avec P. Lecène).

Articles: tuberculose, syphilis et néoplasmes du testicule; kystes de l'épididyme; hématocèle. *Pratique médico-chirurgicale de* Brissaud, Pinard et Reclus. 1906.

III. — OVAIRE

Embryomes kystiques de l'ovaire. Tératomes et kystes dermoïdes. *Société anatomique*, 11 décembre 1903, p. 905, et 14 octobre 1904, p. 653.

IV. — COU

Les tumeurs du corpuscule rétro-carotidien. *Revue de chirurgie*, août-septembre 1903, pp. 149 et 338 (en collaboration avec le M. le professeur Reclus).

Tumeurs du corpuscule rétro-carotidien. Communication de M. le professeur Reclus. *Société de chirurgie*, 13 mai 1903, p. 497.

Les branchiomes cervicaux. *Gazette hebdomadaire*, 17 août 1902, p. 769.

Epithelioma branchial du cou. *Société anatomique*,

4 juillet 1902, p. 645 (en collaboration avec P. Fredet).

Epithelioma branchial intra-parotidien. Contribution à l'étude des épithéliomas de la parotide. *Société anatomique*, juillet 1902, p. 621 (en collaboration avec P. Fredet).

Sur trois observations de branchiomes. Communication de M. le professeur Reclus. *Société de chirurgie*, 22 juillet 1903, p. 825.

Branchiomes cervicaux. Thèse de Deytieux, Paris, 1903.

Kyste mucoïde thyro-hyoïdien. *Société anatomique*, 21 mars 1902, p. 328.

Note sur deux cas de kystes mucoïdes du cou à épithelium cilié, dérivés des restes du tractus thyréo-glosse. *Revue de chirurgie*, février 1903, p. 141 (en collaboration avec P. Fredet.)

V. — SEIN

Article : tumeurs du sein. *Pratique médico-chirurgicale de Brissaud, Pinard et Reclus*, 1906.

Cancer du sein avec adénopathie axillaire tuberculeuse du côté opposé. *Société anatomique*, 9 mai 1902, p. 474 (en collaboration avec P. Fredet).

VI. — DIVERS

Sténose du pylore par compression ganglionnaire. *Société anatomique*, 29 novembre 1901, p. 637.

Adéno-épithelioma du rein. *Société anatomique*, 17 janvier 1902, p. 60 (en collaboration avec H. Duclaux).

Leucoplasie buccale et cancer. *Société anatomique*, 24 janvier 1902, p. 81.

Kyste du pancréas. *Société anatomique*, 28 février 1902, p. 205 (en collaboration avec L. Theuveny).

Fibro-sarcome de la fesse. *Société anatomique*, 2 mai 1902, p. 452 (en collaboration avec P. Fredet).

Epithelioma de l'ampoule de Vater. *Société anatomique*, 13 février 1903, p. 151 (en collaboration avec M. le professeur Cornil.)

Fibromes de l'aponévrose plantaire. *Société anatomique*, 1er mai 1903, p. 419 (en collaboration avec C. Dambrin) et thèse de Voirin, Paris, 1904.

Examen histologique d'une tumeur para-rénale. Présentation de M. Pierre Delbet à la *Société de chirurgie*, 8 juin 1904, p. 638.

Examen histologique d'une tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus. Présentation de M. Pierre Delbet à la *Société de chirurgie*, 29 novembre 1905, p. 1023.

I. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Infections

Traité de chirurgie clinique et opératoire, 2e édition, 1907, t. 1
(en collaboration avec M. Pierre Delbet.)

M. Pierre Delbet m'a fait l'honneur de me choisir comme collaborateur pour la deuxième édition du *Traité de chirurgie*, qu'il publie avec le professeur Le Dentu. Nous avons écrit ensemble le chapitre des Infections.

Infections en général. — Nous établissons d'abord ce que nous entendons par le mot infection, et nous aboutissons à une conception très générale qui voit dans l'infection toute réaction provoquée par l'existence dans l'organisme d'un élément « anormal », réaction qui tend à faire disparaître cet élément.

Nous étudions ensuite, d'une part les agents d'infection, d'autre part les moyens de défense que leur oppose l'organisme. Nous suivons, dans leurs détails, les phénomènes de la lutte de ces deux éléments contraires, lutte de cellules, et lutte de diastases. Nous insistons enfin sur les trois résultats possibles de cette lutte : destruction de l'agent infectant aboutissant à la guérison de l'infection;

victoire de l'agent infectant aboutissant à la mort de l'organisme; lutte longtemps indécise réalisant entre l'agent d'infection et l'organisme une véritable « symbiose » qui est le propre des maladies chroniques.

Nous nous sommes spécialement attachés à mettre à la portée des futurs chirurgiens le mécanisme très complexe de la guérison des infections et de la production de l'immunité. Nous étudions dans leurs acquisitions les plus récentes les méthodes de guérison artificielle des infections au moyen des vaccinations et des sérothérapies.

Infections en particulier. — Nous les avons divisées en 2 catégories : syndromes infectieux non spécifiques, et infections spécifiques.

Syndromes infectieux non spécifiques. — Ce sont les septicémies, les phlegmons et les abcès.

Septicémies. — Nous nous sommes efforcés de montrer les relations intimes qui unissent les diverses septicémies, quel que soit leur agent microbien et quelle qu'en soit la porte d'entrée; il n'y a que des différences très minimes entre les plus caractéristiques des infections médicales, telles que la septicémie éberthienne ou fièvre typhoïde, et les septicémies dites chirurgicales, comme l'infection puerpérale, par exemple. Nous faisons une place à part pour les septicémies avec abcès, dites pyohémies ou infections purulentes. Nous insistons sur la catégorie des septicémies atténuées, que nous ont fait connaître les méthodes récentes de culture du sang. Le traitement des septicémies est exposé avec ses acquisitions nouvelles : collargol, leucothérapie, etc.

Phlegmons. — Après une étude générale sur les phlegmons, nous étudions en particulier les phlegmons aigus circonscrits, les phlegmons diffus, et les phlegmons chroniques et ligneux. Nous avons cru indispensable de diviser les phlegmons diffus en phlegmons diffus proprement dits et en phlegmons diffus gazeux. Cette dernière catégorie remplace l'ancienne gangrène gazeuse dont la spécificité microbienne n'est plus admise aujourd'hui, et dans le cadre de laquelle ne pouvaient plus rentrer toute une série de phlegmons gazeux non gangréneux qu'on a isolés dans ces derniers temps.

Abcès. — Nous avons insisté sur les relations intimes qui unissent tous les abcès aigus, subaigus ou chroniques. Nous nous sommes attachés spécialement à l'étude des abcès chroniques non tuberculeux.

Infections spécifiques. — Ce chapitre comprend : le tétanos, le charbon, la pourriture d'hôpital, la morve, la tuberculose, la syphilis, l'actinomycose. Il se termine par un article sur la botryomycose, que nous avons placée là provisoirement, bien qu'elle ne mérite en rien de rentrer dans la catégorie des infections spécifiques, ni même probablement dans la catégorie des infections.

Tétanos. — Conditions favorisantes du développement du bacille, voie d'introduction nerveuse, lésions du système nerveux, pathogénie des tétanos dits spontanés, ce sont là les quelques points de vue nouveaux de ce chapitre très classique. Nous insistons sur la symptomatologie nerveuse du tétanos, qui doit être étudié comme une maladie nerveuse et en est une en réalité. Nous avons

apporté un soin particulier à la théorie et à la pratique des traitements du tétanos.

Charbon. — Nous avons cherché à rapprocher l'un de l'autre la pustule maligne et l'œdème malin; mais nous nous sommes surtout efforcés de séparer les deux modes possibles d'évolution de l'infection charbonneuse, l'infection charbonneuse locale, relativement bénigne, et la septicémie charbonneuse, toujours mortelle.

Pourriture d'hopital. — Ce chapitre, un peu vieillot, se trouve rajeuni depuis la découverte de l'agent pathogène de cette infection aujourd'hui exceptionnelle; la pourriture d'hôpital semble n'être qu'un cas particulier des infections à bacille fusiforme, dont le cadre s'étend de jour en jour.

Syphilis. — La connaissance approfondie de l'infection syphilitique s'impose au chirurgien qui tient à n'opérer qu'à bon escient. Aussi avons-nous tenu à en donner au moins une ébauche, rompant avec la tradition qui réserve l'étude de la syphilis en général aux seuls traités de pure médecine.

Tuberculose. — La tuberculose a particulièrement retenu notre attention. Tout en exposant en détail les théories classiques sur l'évolution du tubercule et du tuberculome, nous avons tenu à faire une large place aux recherches nouvelles. Un long chapitre est consacré aux voies de pénétration du microbe dans l'organisme, et aux étapes de l'infection tuberculeuse; les théories d'Auclair sur les poisons adhérents du bacille, celles de Poncet sur le rhumatisme tuberculeux, sont exposées à leur place. Le diagnostic de la tuberculose par les moyens

de laboratoire est indiqué dans ses grandes lignes. Enfin nous avons tenu à mettre le lecteur au courant des diverses étapes que franchit à l'heure actuelle le traitement sérothérapique de la tuberculose en général.

Actinomycose. — Nous n'avons eu ici qu'à mettre notre article au courant des travaux dont l'Ecole de Lyon s'est fait une spécialité. Nous avons insisté sur les nombreuses infections chroniques, voisines de l'actinomycose, qui s'individualisent chaque jour : pseudo-actinomycoses, blastomycoses, sporotrichoses, etc.

Botryomycose. — Nous sommes persuadés que la botryomycose n'est pas une infection spécifique. L'expression de botryomycose nous paraît s'appliquer à un syndrôme clinique dans lequel on peut différencier deux types : l'un, le bourgeon charnu pédiculé, ne diffère pour ainsi dire en rien du bourgeon charnu ordinaire ; l'autre, qui constituerait le véritable botryomycome, débute souvent à la suite d'une piqûre, commence par une élevure ecchymotique, ne s'ulcère que relativement tard, et nous semble être essentiellement un angiome ou un angiofibrome pédiculé : l'ulcération et l'infiltration embryonnaire nous paraissent des caractères secondaires.

II. — TESTICULE

Tumeurs du testicule.

Thèse de Paris, 1906. (Médaille d'argent de la Faculté, 1907). (Prix Marjolin-Duval. Société de chirurgie, 1907.)

Si la question très complexe des tumeurs du testicule est restée jusqu'à présent singulièrement obscure, cela tient essentiellement à ce qu'aucune étude d'ensemble n'a été faite à leur sujet. L'anatomie pathologique de ces tumeurs diffère avec chaque description, le même néoplasme est désigné suivant les auteurs sous dix noms différents. Il importait qu'un même observateur pût étudier dans leur ensemble, et en particulier au point de vue microscopique, un nombre de néoplasmes tel que ses conclusions, basées sur des examens comparables, puissent avoir une portée générale. C'est la tâche que je me suis assignée.

Pendant quatre ans j'ai recueilli toutes les tumeurs du testicule qu'il m'a été possible de me procurer; toutes, sans exception, ont été examinées par moi au moins histologiquement. J'ai pu présenter ainsi dans ma thèse une étude reposant sur l'examen de 128 néosplasmes testiculaires. Aucun travail de cette ampleur n'avait été tenté jusqu'alors.

I. — CLASSIFICATION DES TUMEURS DU TESTICULE.

Après avoir rappelé les classifications existantes, j'expose une classification nouvelle. « Il est logique, pour classer les tumeurs d'un organe, de partir de l'anatomie propre de cet organe. Les tumeurs ne sont pas, d'une façon générale, autre chose qu'un mode d'évolution anormal de cellules primitivement normales... Partons donc des tissus qui constituent le testicule; ils doivent théoriquement posséder chacun leur néoplasme propre, et je crois qu'ils l'ont en réalité. »

J'arrive, en définitive, à la classification suivante:

1) Tumeurs développées aux dépens des éléments normaux du testicule.

2) Tumeurs développées aux dépens d'éléments étrangers au testicule, mais inclus dans l'organe.

Les néoplasmes du premier groupe comprennent :

a) l'épithelioma séminal, ou séminome, développé aux dépens de l'épithelium des tubes séminipares.

b) la tumeur des cellules interstitielles.

c) l'adénome testiculaire.

d) le fibrome et le sarcome du testicule.

Les néoplasmes du deuxième groupe rentrent tous dans la même catégorie, celle des

Embryomes du testicule.

Restent les

Tumeurs secondaires du testicule

d'ailleurs très exceptionnelles.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

1. — L'épithelioma séminal ou séminome.

C'est la variété la plus fréquente des néoplasmes du testicule. Elle constitue (fig. 1) une tumeur molle, jaune grisâtre, piquetée de fins vaisseaux; elle est sillonnée de

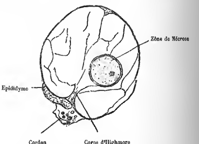


Fig. 1. — Coupe horizontale d'un séminome.

travées fibreuses délicates qui séparent autant de lobes dont certains, en partie nécrosés, ont alors l'aspect de masses caséeuses.

Née dans le testicule, la tumeur envahit rapidement la totalité de la glande, mais reste pendant longtemps limitée par la coque de l'albuginée. Cette sorte d'encapsulement, la mollesse du néoplasme, sa fréquence chez les jeunes, l'ont fait souvent décrire comme sarcome ou lymphadénome du testicule.

Il s'agit pourtant d'une tumeur de l'épithelium séminal. L'aspect microscopique (fig. 2) du séminome est tout à

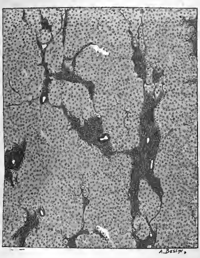


Fig. 2. — Coupe microscopique d'un Séminome.

fait caractéristique. Les cellules qui le constituent sont de grosses cellules rondes, à noyau nucléolé très volumineux, à protoplasma extrêmement fragile, elles ressemblent tout à fait aux spermatogonies du tube séminipare.

Seulement ces cellules sont infiltrées au milieu du tissu conjonctif très délicat du testicule, et cet aspect réticulé du stroma a fait prendre ces néoplasmes pour des lymphadénomes; de même ces cellules sont fortement pressées les unes contre les autres, et leur infiltration massive les a fait prendre pour des sarcomes. J'entre sur ce sujet dans de longues discussions histologiques, et je m'efforce de montrer qu'on ne doit pas, a priori, chercher à la tumeur développée aux dépens de l'épithelium séminal des caractères histologiques semblables à ceux des épitheliomas glandulaires banaux. « Il n'est pas d'épithelium plus spécialisé, plus atypique que celui-là; il ne ressemble, même de loin, à aucun autre épithelium. Or, quand un néoplasme naîtra aux dépens de cet épithelium si spécial, je veux bien que ce soit un épithélioma, mais ce sera un épithélioma surtout parce que développé aux dépens de cellules qu'on dit épithéliales. C'est parce qu'on a voulu à tout prix rapprocher les tumeurs du testicule de tumeurs glandulaires beaucoup plus simples que leur anatomie pathologique est restée jusqu'à ces derniers temps dans une demi-obscurité. »

Je profite de cet exemple très caractéristique pour chercher à démontrer que, en dehors du testicule, beaucoup de tumeurs étiquetées sarcomes ne sont que des épitheliomas macroscopiquement mous, microscopiquement infiltrés et tout à fait atypiques.

2. — La tumeur des cellules interstitielles.

Ce chapitre repose sur une seule observation personnelle qui, je le crois, est une observation unique.

Il s'agit d'un testicule en ectopie inguinale qui fut enlevé par M. Walther en mars 1904. A la coupe, il étonnait par sa teinte générale jaune foncé, qui était localisée dans de petits lobules accolés les uns aux autres. Au microscope, il était formé par des amas de cellules poly-

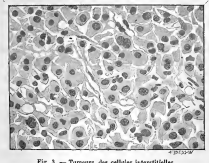


Fig. 3. — Tumeurs des cellules interstitielles.

gonales, serrées les unes contre les autres; leur noyau était tout petit, leur protoplasma était bourré de granulations et de vacuoles. Je n'ai vu aucune autre tumeur de ce genre, et je n'en ai vu décrite nulle part de semblable; il ne pouvait y avoir aucun doute sur son origine aux dépens des cellules interstitielles.

A propos de cette tumeur exceptionnelle, je me permets une nouvelle incursion dans la pathologie générale des tumeurs. Comment nommer, en effet, ce néoplasme

des cellules interstitielles? Est-il epithéliomaou sarcome? La formule microscopique permet en effet presque aussi bien l'une que l'autre deces interprétations. Or rien n'est plus discuté aujourd'hui encore que la nature des cellules interstitielles; les uns les disent conjonctives, les autres épithéliales. Suivant celle de ces deux théories à laquelle l'anatomo-pathologiste se rattachera, il devra par définition faire de la tumeur des cellules interstitielles un epithelioma ou un sarcome. Je ne crois pas qu'on puisse trouver plus bel exemple de la valeur très secondaire de la classification des tumeurs en sarcomes et épithéliomas.

3. — L'adénome testiculaire.

Il s'agit là encore d'une tumeur nouvelle. Lorsque je la décrivis en janvier 1905 dans mon mémoire de médaille, j'en avais observé deux exemples, et je n'avais lu nulle part qu'on eût décrit de tumeur comparable. Un cas tout à fait semblable aux miens a depuis été décrit en Allemagne par Pick, et j'en ai moi-même étudié, dans ma thèse, un nouveau cas.

L'adénome testiculaire s'observe sur les testicules ectopiques, et en particulier sur les testicules d'hermaphrodites. Il n'accroît pas les dimensions du testicule, mais constitue de petits noyaux visibles à la coupe, et formés au microscope par des amas de petits tubes, trois à quatre fois plus petits que les tubes séminifères voisins, donnant grossièrement l'aspect d'un glomérule sudoripare. Ces tubes rappellent par leur structure les tubes séminifères

normaux ; j'ai d'ailleurs pu les suivre au moins une fois jusqu'à un tube de dimensions normales ; ils peuvent

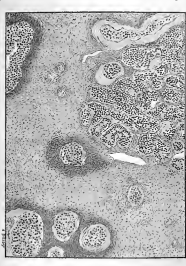


Fig. 4. — Adénome testiculaire.

être plongés au milieu d'un amas de cellules interstitielles. La tumeur constitue donc un adénome tout à fait typique; et comme les testicules ectopiques sont en général des testicules sclérosés, il est logique de rapprocher

cet adénome des adénomes du foie ou du rein au cours des cirrhoses de ces organes.

4. — Le fibrome et le sarcome du testicule.

Ces deux tumeurs sont tout à fait rares ; le fait est admis pour les fibromes : mais pour les sarcomes il n'en est pas ainsi, ce qui tient, comme je l'ai indiqué déjà, à ce que la plupart des auteurs rangent à tort parmi les sarcomes l'épithelioma séminal. J'ai observé, sur 128 tumeurs, un seul cas de sarcome vrai ; on voit donc quelle est sa rareté.

5. — Tumeurs mixtes ou embryomes du testicule.

Elles sont fréquentes dans leur ensemble, mais présentent une série de modalités diverses, qui permettent de les réunir toutes dans la catégorie des embryomes intra-testiculaires, comme Wilms l'a fait en Allemagne.

L'embryome est une réunion de tissus multiples rappelant plus ou moins les tissus et les organes de l'embryon ou du fœtus. Nous avons exposé les discussions que soulève la pathogénie de ces embryomes, et en particulier la théorie blastomérique, encore peu connue en France, qui seule nous paraît capable de les expliquer tous.

Les embryomes peuvent être inclus en divers points du corps ; ils affectionnent les glandes génitales ; quand ils sont inclus dans le testicule, ils forment la tumeur dont nous nous occupons ici.

La forme la plus habituelle des embryomes testiculaires est la *tumeur mixte* proprement dite. Au lieu de présenter, comme le séminome, un aspect homogène,



Fig. 5. — Embryome testiculaire en voie de dégénérescence maligne.

elle est criblée de kystes, et dans les travées plus ou moins denses qui séparent ces kystes on distingue souvent, même à l'œil nu, de petits nodules de cartilage.

La forme rare de l'embryome est le *tératome* testiculaire : tumeur remarquablement complexe, elle est creusée d'une série de cavités à contenu variable, dont plu-

sieurs renferment des poils et de la substance sébacée; elle contient des fragments osseux, etc.

Au microscope, le tératome présente un mélange de tissus dont beaucoup sont différenciés en organes rappelant les organes de l'embryon ou du fœtus : intestin, trachée, ganglions nerveux, cerveau, rétine, etc.; c'est un embryome dans lequel l'embryon et ses divers organes sont relativement reconnaissables. Dans la tumeur mixte, l'embryome ne renferme plus des *organes* d'embryon, mais seulement des *tissus* embryonnaires plus ou moins différenciés. Entre la forme la plus compliquée de tératome et la forme la plus simple de tumeur mixte on peut retrouver tous les intermédiaires; il s'agit toujours là de tumeurs à tissus multiples comprenant des dérivés des trois feuillets primitifs de l'embryon; ce sont des tumeurs tridermiques.

On conçoit que, dans ces tumeurs à tissus multiples, tel ou tel élément se puisse développer de façon prépondérante, au détriment des autres tissus. On obtient ainsi des *embryomes « simplifiés »*, constituant les tumeurs qu'on appelle, dans la plupart de nos livres classiques, des maladies kystiques, des enchondromes, des myomes, des myxomes, des kystes dermoïdes, etc., du testicule. Ce ne sont que des embryomes avec développement prépondérant, jamais exclusif, de l'élément kystique, cartilagineux, etc.

Bien plus, l'embryome, véritable organisme greffé dans le testicule, peut présenter et tend à présenter pour son propre compte des dégénérescences malignes de ses différents tissus; ainsi se trouve créée une nouvelle

classe d'*embryomes dégénérés*, dans laquelle rentrent les épithéliomas papillaires, développés aux dépens de l'épithélium de revêtement des kystes de l'embryome, une série d'épithéliomas infiltrés, et les chorio-épithéliomes testiculaires de connaissance toute récente (voir p. 31). La création de cette classe des embryomes dégénérés permet d'interpréter bon nombre de tumeurs du testicule qui paraissaient jusqu'alors à peu près inexplicables.

6. — Etat du système génital dans les tumeurs du testicule.

Beaucoup d'auteurs ayant admis que les tumeurs du testicule se pouvaient développer aux dépens de l'épididyme, je me suis attaché à rechercher l'état de cet organe dans toutes les tumeurs que j'ai examinées. L'épididyme persiste intact, ou il est seulement étiré; jusqu'à une période très tardive on peut, en particulier, voir et sentir sa tête sur le pôle supérieur de la tumeur. Même lorsqu'il a été envahi par le néoplasme on arrive toujours à le reconnaître; mais en aucun cas il n'aurait pu être considéré comme le point de départ des tumeurs que j'ai observées.

Le système ganglionnaire pris dans les néoplasmes du testicule est, comme on le sait depuis longtemps, celui des ganglions lombaires. J'ai pu étudier de pareils ganglions au début de leur envahissement, en particulier dans un cas de séminome, et apporter ainsi un nouvel argument contre la nature sarcomateuse de ces tumeurs, les sarcomes ne suivant pas d'habitude la voie lymphatique dans leurs extensions.

La vaginale est respectée pendant longtemps et peut rester absolument normale; ses altérations sont en général fonction des envahissements épididymaires; elles sont beaucoup plus fréquentes et rapides dans les tumeurs mixtes que dans les séminomes.

7. — Tumeurs secondaires du testicule.

Elles sont tout à fait exceptionnelles, et ne se voient qu'à l'occasion de généralisations néoplasiques, au cours des lymphadénies généralisées en particulier. J'ai observé un cas de cet ordre et me suis efforcé de démontrer que l'ancien lymphadénome du testicule devait être définitivement démembré, d'autant mieux qu'on ne s'expliquerait pas histogéniquement l'apparition d'un lymphadénome à ce niveau. Beaucoup de séminomes ont été jadis décrits à tort comme lymphadénomes. Quant aux lymphadénomes vrais, ils sont toujours secondaires.

III. — ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Mes 128 tumeurs du testicule se répartissent ainsi.

Seminomes	59
Tumeur des cellules interstitielles	1
Adénomes	3
Fibrome	1
Sarcome	1
Embryomes	62
Tumeur secondaire	1

Les 62 embryomes se divisent en

Tératomes	7
Tumeurs mixtes non dégénérées	5
Tumeurs mixtes dégénérées	50

Coté. — Les 2 côtés sont également atteints ; je n'ai observé la bilatéralité qu'une seule fois, et cela dans ma seule tumeur secondaire. Les tumeurs primitives sont toujours unilatérales.

Age. — Les tumeurs du testicule sont des tumeurs des

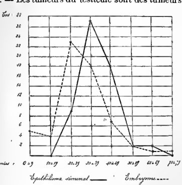


Fig. 6. — Fréquence des tumeurs du testicule suivant les âges.

jeunes ; l'embryome a son maximum de fréquence de 20 à 30 ans, le séminome de 30 à 40, comme le montre très nettement le tableau ci-joint.

Ectopie. — Sur mes 128 tumeurs, j'en ai vu 15 sur des testicules ectopiques, soit 1 sur 9. Cette proportion

montre bien la fréquence des dégénérescences cancéreuses sur les testicules en ectopie.

IV. — SYMPTOMES

Les symptômes des néoplasmes testiculaires ont, de longue date, été décrits de main de maître ; je n'ai pu que reproduire rapidement les descriptions classiques. Quelques formes cliniques méritaient d'être individualisées à côté de la forme ectopique : la forme inflammatoire, la forme hydrocèle symptomatique, et la forme ganglionnaire, dans laquelle la tumeur testiculaire toute petite peut passer inaperçue ; la tumeur abdominale qui domine la scène peut alors prêter à de multiples erreurs.

V. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic des tumeurs du testicule a toujours été considéré comme particulièrement difficile ; hématocèle, syphilis et néoplasme du testicule, il y a là, en effet, trois diagnostics qui ne reposent que sur des nuances. Je crois que ce diagnostic est cependant relativement facile, à condition de pratiquer un *examen méthodique du contenu scrotal* ; il faut que la main cherche à retrouver dans la tumeur qu'elle examine les différents éléments qu'à l'état normal on constate dans le scrotum. La *méthode graphique*, qui permet de schématiser la forme et la consistance des diverses parties rencontrées, rend ici de très grands services.

Le premier diagnostic auquel conduit un examen mé-

thodique est un *diagnostic de localisation*, celui qui permet de dire : telle tumeur des bourses est constituée par un gros épididyme, telle autre par une vaginale distendue, telle autre par un gros testicule.

A. *Gros épididyme.* — C'est le diagnostic le plus facile; il permet de séparer des néoplasmes testiculaires les tuberculoses génitales, car c'est d'elles que les gros épididymes ressortissent presque exclusivement.

B. *Vaginale distendue.* — Le diagnostic n'est évidemment difficile en pareil cas que s'il s'agit d'*hématocèle*,

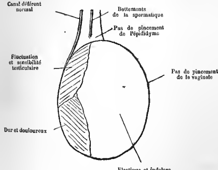


Fig. 7. — Graphique d'une hématocèle après examen clinique.

l'hydrocèle n'est pas en cause ici. Or, deux caractères essentiels différencient des gros testicules les vaginales distendues : dans l'hématocèle, on ne peut pincer ni la vaginale, puisqu'elle est distendue, ni l'épididyme, puis-

qu'il est enfoui dans la vaginale. Je crois que ces signes de localisation sont très supérieurs aux signes tirés de la consistance et de la sensibilité du néoplasme ; néanmoins les pachyvaginalites ne sont jamais aussi nettement fluctuantes que les néoplasmes mous du testicule.

c. *Gros testicules.* — On reconnaît les gros testicules avant tout à ce qu'on peut pincer l'épididyme à leur pôle supérieur. Je n'ai que rarement trouvé en défaut ce signe du *pincement de l'épididyme.*

Mais les gros testicules peuvent être néoplasiques ou

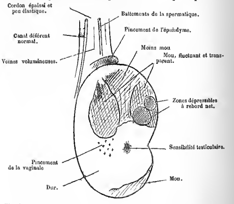


Fig. 8. — Graphique d'une syphilis du testicule après examen clinique.

syphilitiques. Si certaines syphilis testiculaires sont très

caractéristiques, certaines autres le sont déjà moins; à côté des signes rendus depuis longtemps classiques par le professeur Reclus, j'ai insisté sur l'existence, sur la vaginale qui contient un peu de liquide, de dépressions circulaires dans lesquelles peut s'enfoncer la pulpe du doigt (voir fig. 8).

Enfin certaines formes sont à peu près impossibles à différencier; on les confond avec un séminome même à la coupe macroscopique, et seul l'examen microscopique vient lever les doutes. Ces formes, qui ne me semblent pas avoir été individualisées jusqu'ici, et auxquelles j'ai donné le nom de *syphilis testiculaire hypertrophique*, ne peuvent être différenciées des néoplasmes, qu'à la suite d'un traitement spécifique intensif.

D. *Diagnostic des diverses variétés de néoplasmes du testicule.*

L'épithélioma séminal s'observe chez un homme de 30 à 40 ans environ; la tumeur s'est développée lentement, progressivement; jusqu'alors le testicule atteint n'avait rien présenté d'anormal. Le testicule est volumineux, de consistance plutôt molle, partout égale; en aucun point on n'éveille la sensibilité testiculaire; il y a peu ou pas de liquide dans la cavité vaginale dont les deux feuillets sont libres.

L'embryome habituel, forme tumeur mixte, s'observe chez un sujet de 20 à 30 ans qui, depuis longtemps, avait remarqué qu'un de ses testicules était plus volumineux que l'autre; ce testicule avait d'abord grossi lentement; depuis quelques mois il augmente rapidement de volume. Le testicule n'est pas très gros, il est ferme, élastique, et

surtout de consistance irrégulière ; on peut retrouver en quelques points la sensibilité testiculaire ; enfin une hydrocèle assez abondante gêne souvent l'exploration.

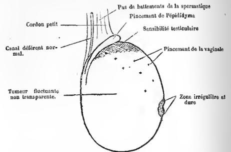


Fig. 9. — Graphique d'une tumeur du testicule après examen clinique. Tumeur mixte dégénérée.

Les tératomes sont des tumeurs congénitales, on les observe surtout chez les tout jeunes ; ils s'accroissent très lentement, ont, suivant les points, une consistance tout à fait différente, et sont recouverts par une vaginale normale, sans liquide et sans adhérences.

VI. — PRONOSTIC

Peu de néoplasmes ont, au point de vue du pronostic, une aussi déplorable réputation que les néoplasmes du testicule.

En fait, il faut distiguer ; le pronostic varie suivant

le type anatomique de la tumeur et ne peut être établi que pièces en main; il est variable aussi suivant que tel ou tel phénomène vient montrer que la tumeur a été saisie à un stade plus ou moins précoce de son développement.

L'épithéliome séminal est une tumeur maligne, mais une tumeur maligne dont l'évolution est assez lente; je crois qu'assez longtemps elle reste limitée; elle est de ces tumeurs malignes que le traitement chirurgical peut saisir avant leur généralisation. Elle évolue en deux ans, deux ans et demi, et même davantage.

Le pronostic des embryomes est beaucoup plus difficile à formuler.

Les embryomes transformés, dégénérés, sont d'une malignité extrême. Le plus malin de tous est le placentome, il peut tuer en six mois, et comme, très rapidement, il se généralise par la voie sanguine, il est presque au-dessus des ressources chirurgicales.

Les tératomes, les kystes dermoïdes ont la réputation d'être bénins, et le plus souvent ils le sont en effet; mais, comme tout embryome, comme toute tumeur mixte, ils sont susceptibles de transformation maligne; cette transformation ne s'observe guère avant l'âge de 20 ans.

Le plus difficile des pronostics est celui des embryomes ordinaires, tumeur mixte, maladie kystique, ou enchondrome; ces tumeurs sont tantôt bénignes, tantôt et beaucoup plus souvent malignes, et alors elles sont très malignes; l'examen microscopique peut fixer un pareil pronostic, mais comme la dégénérescence peut avoir passé inaperçue, alors même que la tumeur a été examinée

en des points divers, il est toujours prudent de ne porter sur ces tumeurs qu'un pronostic très réservé.

VII. — TRAITEMENT

Le traitement que l'on oppose partout aujourd'hui aux tumeurs du testicule est la castration. Ce traitement peut paraître insuffisant a priori dans toutes les tumeurs malignes, puisqu'il n'enlève ni les voies lymphatiques, ni les ganglions auxquels ces voies aboutissent. Il est, en effet, insuffisant en pratique, à ce point que, pour beaucoup d'auteurs, la castration n'aurait jamais guéri un seul cas avéré de cancer du testicule. Je me suis attaché à connaître les résultats qu'avait donnés la castration dans les tumeurs que j'ai examinées; je suis arrivé, non sans peine, à savoir ce qu'étaient devenus la plupart de mes malades. Voici quelles sont les suites éloignées de la castration.

A) *Séminomes.* 58 castrations.

Décédés ou en généralisation................	27
Sans récidive........................	22
Suites inconnues...	9

Les castrations sans récidive se décomposent ainsi :

Castration datant de moins de 1 an........	9	cas
— 1 à 2 ans...........	6	—
— 2 à 3 ans...........	4	—
— 4 à 5 ans...........	2	—
— 5 ans 7 mois.........	1	—

Dans les 27 résultats mauvais, la mort n'est jamais

survenue plus de 2 ans et 10 mois après la castration. Il y a donc lieu d'espérer que les individus qui atteignent 3 années de survie sans récidive sont bien définitivement guéris.

B) *Embryomes.*

a) 7 tératomes donnent 6 guérisons de 14 mois à 10 ans, et 1 résultat inconnu. Ce sont là les seules tumeurs testiculaires auxquelles puisse s'appliquer l'épithète de bénignes.

b) 52 castrations pour tumeurs mixtes ont donné :

Décédés ou en généralisation................	37
Sans récidive..............................	10
Suites inconnues..........................	5

Des 10 cas de non-récidive, il faut en éliminer immédiatement 4 dont l'opération ne date pas de plus de 6 mois. Restent 6 guérisons probables dans lesquelles la castration date de 2 ans 10 mois à 5 ans 4 mois ; mais 3 de ces cas concernent des embryomes non encore dégénérés ou tout au début de leur dégénérescence.

Et non seulement les embryomes tuent, mais ils tuent remarquablement vite. Sur les 30 décès, 23 sont survenus dans l'année qui a suivi la castration, 18 dans les 6 mois, 12 dans les 2 mois. Les embryomes testiculaires méritent donc bien d'être rangés parmi les plus malins de tous les néoplasmes.

En somme les résultats de la castration sont essentiellement mauvais. Ils sont d'autant plus déplorables que les sujets atteints de néoplasmes testiculaires sont toujours des sujets robustes, dans toute la force de l'âge.

Je crois que l'on pourrait obtenir des résultats meilleurs, soit par des interventions larges, soit par des castrations très précoces.

Le traitement radical des tumeurs malignes du testicule comporterait théoriquement, comme pour tout cancer, l'ablation du testicule néoplasique, de ses voies lymphatiques et de ses ganglions. Il est possible, bien que délicat. J'ai précisé la technique opératoire de ces interventions larges.

La castration précoce me paraît être la méthode de l'avenir. J'ai pu constater en effet que, parmi mes tumeurs paraissant guéries à la suite de la castration, la plupart étaient des néoplasmes encore petits, des tumeurs mixtes au début de leur dégénérescence; la castration avait sans doute été faite en pareil cas avant l'envahissement ganglionnaire.

Or on ne fait de castration précoce que chez les sujets chez lesquels on a porté un diagnostic précoce. Aussi je n'hésite pas à dire que le diagnostic des tumeurs du testicule doit être un *diagnostic d'urgence*, que l'opération doit suivre immédiatement le diagnostic, qu'en cas de doute, enfin, il ne faut pas s'abstenir, mais pratiquer une orchidotomie exploratrice. Un seul retard est admissible celui que l'on consacrera à une épreuve mercurielle, à condition qu'elle soit intensive et rapide.

L'orchidotomie exploratrice, voilà l'opération qui, je crois, est destinée à sauver beaucoup de malades atteints de tumeurs du testicule, car elle permettra sans doute de saisir un certain nombre de néoplasmes à temps. Je me suis d'ailleurs assuré expérimentalement sur le chien que

l'orchidotomie exploratrice aseptiquement faite ne présentait aucun inconvénient sur un testicule sain.

Chorio-épithéliome intra-testiculaire

(*Société anatomique*, 14 octobre 1904, p. 653.)

Le chorio-épithéliome intra-testiculaire, sur lequel j'ai depuis insisté dans ma thèse, est une tumeur relativement rare, que Malassez et Monod décrivirent en 1876 sous le nom de sarcome angioplastique. Depuis le mé-



Fig. 10. — Placentome intratesticulaire.

moire de Schlagenhaufer (1902), on tend à voir les sarcomes angioplastiques sous un tout autre jour ; ils res-

semblent en effet singulièrement aux tumeurs qui se développent chez la femme aux dépens du placenta, ils ont la même couche syncytiale et les mêmes cellules de Langhans ; ils seraient de véribles placentomes, ou chorio-épitheliomes intra-testiculaires.

L'existence d'éléments placentaires dans un testicule paraît a priori un véritable paradoxe; elle est cependant explicable si l'on admet que cette tumeur du testicule est un embryome dans lequel les enveloppes choriales de l'embryon ont pris un développement prépondérant (embryome simplifié), ou ont dégénéré en cancer (embryome dégénéré). La constatation possible d'éléments placentaires dans les habituelles tumeurs mixtes du testicule vient tout à fait à l'appui de cette manière de voir.

Ces placentomes testiculaires ont un aspect macroscopique tout à fait caractéristique; très mous, ils sont formés par une bouillie sanglante, et parfois même semblent se réduire à un vaste caillot qui distend l'albuginée. Leur développement est extrêmement rapide, et ils sont certainement les plus graves de tous les cancers du testicule ; la plupart tuent en 6 mois, sans que la castration change rien à ce pronostic:

Ces tumeurs sont beaucoup moins rares qu'on ne l'a cru jadis, car pendant longtemps on a considéré comme un exemple unique l'observation princeps de Malassez et Monod. J'ai pu pour ma part en étudier 13 cas; pour plusieurs d'entre eux j'ai eu l'occasion de porter un pronostic rapidement fatal qui s'est toujours vérifié.

L'adénome vrai dans le testicule ectopique.

(*Revue de chirurgie*, février 1907, p. 234, en collaboration avec P. Lecène.)

J'ai réuni tout récemment les 3 adénomes du testicule que j'avais décrits dans ma thèse à 2 tumeurs analogues que Lecène avait observées. Ajoutant à ces 5 observations une observation de Pick, la seule qui existe en dehors des nôtres, nous ébauchons dans ses grandes lignes l'histoire de cette tumeur nouvelle (voir p. 18).

Articles: tuberculose, syphilis, et néoplasmes du testicule; kystes de l'épididyme; hématocèle.

(Pratique médico-chirurgicale de Brissaud, Pinard et Reclus, 1906.)

M. le Professeur Reclus m'a fait l'honneur de me confier, dans la *Pratique médico-chirurgicale*, la rédaction d'une série d'articles sur le testicule.

Tuberculose. — Je n'avais ici qu'à résumer l'enseignement classique de mon maître. J'ai incidemment signalé les formes peu connues de tuberculose hypertrophique massive testiculo-épididymaire, dont j'ai eu l'occasion de recueillir plusieurs exemples.

Syphilis. — Ici encore il n'y avait qu'à présenter en abrégé les travaux du professeur Reclus. Une forme de syphilis testiculaire me paraît cependant être restée jusqu'ici dans l'ombre, c'est la forme hypertrophique, qui simule si bien le néoplasme du testicule que seul, dans certains cas, l'examen histologique permet de faire la

différenciation ; j'ai indiqué rapidement cette forme dont l'intérêt pratique est considérable.

Néoplasmes. — J'ai écrit cet article à l'aide des documents nombreux que j'avais recueillis pour ma thèse ; je me suis attaché en particulier à mettre en relief les moyens qui me paraissent capables de faire diagnostiquer, d'une façon à peu près certaine, les néoplasmes du testicule.

Kystes de l'épididyme. — Une question m'a paru essentiellement pratique ici : le kyste est-il placé sur le trajet des voies spermatiques ; son ablation équivaudra-t-elle à une section de ces mêmes voies ? Je crains que la plupart des opérations pratiquées à l'heure actuelle contre les kystes de l'épididyme n'aboutissent à la suppression fonctionnelle de l'organe.

Hématocèle vaginale. — L'étouffement progressif du testicule et les difficultés du diagnostic, ce sont les deux points qui m'ont paru mériter d'être mis surtout en relief.

III. — OVAIRE

Embryomes kystiques de l'ovaire.

(*Société anatomique*, 11 décembre 1903, p. 905, et 14 octobre 1904, p. 653.)

Les deux kystes dermoïdes de l'ovaire que j'ai présentés à la Société anatomique viennent à l'appui de la théorie de Wilms, d'après laquelle ces kystes contiendraient d'une façon constante, à condition qu'on sache les y chercher, un grand nombre d'éléments divers et autres que le revêtement épidermique, les glandes sébacées, les poils et les dents qu'on est habitué à y rencontrer.

Le premier de ces kystes, enlevé le 31 janvier 1903 par M. Reclus, chez une femme de 45 ans, contenait, sous les formations cutanées habituelles, toute une lame de corps thyroïde.

Le deuxième, enlevé le 1er août 1903 par M. Delbet, chez une femme de 29 ans, contenait : un ganglion nerveux très caractéristique, deux conduits rappelant tout à fait par leur structure la trachée et l'œsophage, de gros plasmodes d'aspect syncytial, et des amas de cellules chromaffines rappelant les cellules de la capsule surrénale.

Il est bien certain que de pareilles constatations ne permettent plus d'expliquer, comme on le faisait autre-

fois, les kystes dermoïdes de l'ovaire par la simple théorie de l'enclavement. Il y a là de véritables embryons plus ou moins malformés ; ces kystes dermoïdes méritent le nom *d'embryomes*, que Wilms leur a donné.

Mais le kyste dermoïde de l'ovaire se rapproche plus encore de l'embryon que Wilms ne l'a dit ; et j'ai émis l'opinion que, dans de pareils kystes, *la cavité kystique n'est pas autre chose qu'une cavité amniotique*, présentant en un point de sa paroi l'épaississement qui contient les divers organes de l'embryon avorté.

Le kyste dermoïde de l'ovaire ne ressemble en effet que de loin aux kystes dermoïdes ordinaires par inclusion cutanée. Il n'a, en général, la structure de la peau qu'en un point bien limité, celui qui répond à l'implantation de l'embryome dans sa cavité amniotique. Là, le revêtement du kyste présente bien un épiderme corné, des poils, des glandes sébacées et sudoripares, c'est la peau de l'embryon. Mais ailleurs le kyste dermoïde perd son aspect chagriné, sa paroi devient lisse ; c'est cette paroi à aspect muqueux qui représente l'amnios.

L'amnios peut présenter ici sa structure typique, une seule couche d'épithelium cubique ou aplati ; c'est véritablement l'ectoderme primitif. Mais la paroi du kyste dermoïde n'a cette structure typique qu'en un point souvent restreint de son étendue. En général on rencontre sur la paroi kystique tous les intermédiaires entre cette couche unicellulaire et l'épiderme corné définitif qui représente la peau de l'embryome, en passant par des zones à deux, trois, quatre couches épithéliales aplaties, sans formation cornée. Ne rencontre-t-on pas

d'ailleurs, chez le fœtus, de pareilles transitions entre le revêtement cutané et le revêtement amniotique au niveau de l'insertion fœtale du cordon ombilical?

En définitive, les kystes dermoïdes de l'ovaire sont de véritables embryons en miniature, des embryomes, dans lesquels on peut reconnaître non seulement le corps de l'embryon, mais ses enveloppes. Le revêtement interne du kyste est tout entier formé par l'ectoderme primitif de l'embryon, par cette portion de l'ectoderme qui joue un rôle de protection, ectoderme cutané et ectoderme amniotique. L'ectoderme amniotique, dont nous ne connaissons la structure que pendant les 9 mois que dure la grossesse utérine, tendrait, à mesure que vieillit l'embryome dont il fait partie, à se rapprocher peu à peu du type ectoderme cutané.

J'ai eu l'honneur et le très grand plaisir de voir le professeur Cornil soutenir cette théorie nouvelle des kystes dermoïdes dans son cours de 1905.

IV. — COU

Les tumeurs du corpuscule rétro-carotidien

Revue de chirurgie, août-septembre 1903, pp. 149 et 338 (en collaboration avec M. le professeur Reclus) et communication de M. le professeur Reclus à la *Société de chirurgie*, 13 mai 1903, p. 497.

Nous avons eu l'occasion d'observer, en mars 1903, une femme de 49 ans qui présentait une tumeur latérale du

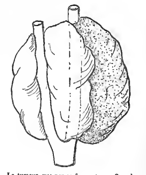


Fig. 11. — La tumeur, vue par sa face externe. Grandeur naturelle.

cou d'un aspect si particulier que nous n'hésitâmes pas à

porter le diagnostic de néoplasme du corpuscule rétro-carotidien. L'opération permit d'enlever, sans blesser aucun des organes essentiels du cou, une tumeur du volume d'un petit œuf, exactement située dans la fourche de la bifurcation des carotides. L'examen histologique montra que la tumeur était absolument comparable dans sa structure aux quelques cas décrits à l'étranger. Notre diagnostic était donc complètement exact.

Nous avons réuni à notre observation les 10 observations analogues que nous avons pu trouver dans la littérature médicale, et nous avons présenté, tant à la Société de chirurgie que dans la Revue de chirurgie, une étude d'ensemble de ces tumeurs qui étaient restées jusque-là complètement inconnues en France.

Historique. — L'observation princeps appartient à Marchand (1892) ; la même année, Paltauf en décrivait 4 cas. Kopfstein en a étudié 2 en 1895, Malinovsky une en 1899 ; les deux derniers appartiennent à Von Heinleth (1900) et à Siniouschine (1901). Notre observation est donc la onzième.

Etiologie. — Ces tumeurs sont sans doute moins rares qu'on ne pourrait penser ; sur nos 11 néoplasmes, trois ont pu être opérés par le même chirurgien, par Maydl. Elles se développent dans la jeunesse, après la puberté, atteignent plus volontiers les femmes, mais se localisent indifféremment sur le côté droit ou sur le côté gauche.

Anatomie-pathologique. — Le siège de nos tumeurs est très caractéristique. Elles sont situées dans la bifurcation de la carotide primitive, appliquées, affaissées sur la fourche comme une sac de farine, entre la carotide externe

et la carotide interne qui les étranglent et qu'elles débordent en avant et surtout en arrière. Leurs formes et leurs dimensions sont assez variables ; nous avons reproduit les dessins de la plupart des tumeurs observées jusqu'ici. Ces tumeurs sont en général nettement encapsulées ; deux fois cependant elles adhéraient partout comme des tumeurs malignes, et une fois les ganglions voisins étaient nettement envahis.

Au microscope, les tumeurs du corpuscule carotidien



Fig. 12.— Aspect microscopique de la tumeur. Amas cellulaires limités par des cavités vasculaires.

sont formées par une accumulation de cellules épithélioïdes disposées dans l'intervalle de cavités vasculaires ramifiées et anastomosées. On les désigne en Allemagne sous le nom de périthéliomes. En fait, ces tumeurs nous présentent une prolifération des deux élé-

ments qu'on rencontre normalement dans le corpuscule, élément cellulaire et élément vasculaire — nous avons à ce sujet repris l'étude anatomo-histologique du corpuscule carotidien normal — et l'expression d'adénome, ou tout simplement de tumeur de la glande carotidienne, nous paraît suffisamment caractéristique.

Symptômes. — Les tumeurs du corpuscule carotidien se développent lentement. Elles occupent la région carotidienne supérieure, au niveau et au-dessus de la bifurcation; ce sont des tumeurs lisses, régulières, assez molles; elles sont soulevées par des battements systoliques, mais ne présentent pas d'expansion massive ; elles sont en partie réductibles et se reproduisent par secousses successives ; elles n'augmentent pas sous l'influence de l'effort.

Evolution. — L'évolution est très lente dans la plupart des cas; mais, plusieurs fois, après une phase à évolution lente, la tumeur s'est mise à présenter un accroissement plus rapide. Peut-être sommes-nous en présence de néoplasmes à allures bénignes, pouvant conserver indéfiniment ces allures, mais pouvant aussi accélérer leur marche et prendre les caractères de la malignité.

Pronostic. — Sur les 11 tumeurs connues, 8 paraissaient bénignes, 2 paraissaient malignes, l'une enfin l'était certainement, puisqu'il existait des greffes intraganglionnaires. Nous n'avons pas pu nous rendre compte par les descriptions et les dessins des auteurs si leurs tumeurs en transformation maligne présentaient des caractères microscopiques spéciaux.

Nous ne possédons que 4 résultats éloignés : 1 récidive

dans un cas d'apparence bénigne — la récidive paraît liée à une ablation incomplète de la tumeur elle-même, — et 3 guérisons datant de 4 ans.

Diagnostic. — Quand on constate dans la région carotidienne, au niveau et au-dessus du cartilage thyroïde, une tumeur unique, assez molle, pulsatile sans expansion, et développée lentement, on est en présence d'une tumeur du corpuscule rétro-carotidien. Nous croyons le diagnostic facile pour qui connaît la possibilité de pareilles tumeurs. Une séméiologie exacte, qui conduit à un diagnostic topographique précis, fait faire, pour ainsi dire par exclusion, le diagnostic véritable. Ces tumeurs ne sont pas des tumeurs vasculaires, ce sont des tumeurs solides, molles, périvasculaires. Elles ne pourraient être confondues qu'avec d'autres tumeurs exceptionnelles, les branchiomes mixtes, qui sont plus durs, et les tumeurs thyroïdiennes aberrantes, qui sont plus rares encore dans la région carotidienne que nos tumeurs mêmes.

Traitement. — Toutes les tumeurs du corpuscule carotidien ont été jusqu'ici traitées chirurgicalement et extirpées. Mais leur extirpation n'a jamais été chose facile. Deux fois seulement, dans le cas de Heinleth et dans le nôtre, on est parvenu à séparer par dissection la tumeur des carotides qui l'embrassaient, et à enlever le néoplasme en respectant les vaisseaux ; une autre fois, Albert put faire une dissection partielle, et parvint à enlever sa tumeur en ne reséquant que la carotide externe. Mais, dans les 8 autres cas, l'union des vaisseaux et du néoplasme était telle que l'ablation a nécessité la résection de toute la fourche carotidienne, c'est-à-dire d'une partie

plus ou moins considérable de la carotide primitive, de la carotide interne et de la carotide externe. Bien plus, la jugulaire interne a été réséquée 4 fois, le pneumogastrique 3 fois, le sympathique 1 fois, le grand hypoglosse 2. C'est dire que, sauf exception, l'ablation de pareilles tumeurs ne va pas sans des délabrements considérables.

Les résultats sont là pour souligner la gravité réelle des interventions de ce genre. Sur les 8 cas dans lesquels on a réséqué le paquet vasculo-nerveux, il y a 2 morts, et les 6 guérisons ne l'ont été qu'au prix de paralysies, d'hémiplégies, etc. Les résultats condamnent, à notre avis, de façon absolue, toutes les résections du paquet vasculo-nerveux du cou pour tumeurs de la glande carotidienne, étant donné que ces tumeurs sont probablement bénignes. Une dissection soigneuse respectant tout le paquet vasculo-nerveux nous paraît être le seul traitement chirurgical convenable en pareil cas. Mais comme on n'est jamais certain de pouvoir faire sans dégâts une pareille dissection, nous concluons « qu'une intervention ne doit être tentée que si des troubles fonctionnels sérieux, ou une évolution rapide, à allures malignes, justifient cette tentative dont les conséquences peuvent être graves. Hormis ces cas, le chirurgien doit s'abstenir ».

Les branchiomes cervicaux.

Les branchiomes cervicaux (*Gazette hebdomadaire, 17 août 1902, p. 769*). — Epithélioma branchial du cou (*Société anatomique, 4 juillet 1902, p. 645, en collaboration avec P. Fredet*). — Sur trois observations de branchiomes (*Communication de M. le pro-*

fesseur Reclus à la Société de Chirurgie, 22 juillet 1903, p. 825). — BRANCHIOMES CERVICAUX (*Thèse de Deytieux, Paris, 1903*).

J'ai eu l'occasion d'observer cinq tumeurs d'origine branchiale. Trois ont été opérées par mon maître le professeur Reclus, et présentées par lui à la Société de chirurgie; elles ont servi de base à la thèse de son élève Deytieux; j'ai étudié les deux autres avec mon ami P. Fredet. De l'examen de ces diverses tumeurs, de l'étude que j'ai pu faire des observations antérieures, j'ai été amené à envisager les tumeurs branchiales sous un jour un peu différent de celui sous lequel mon ami Veau les a décrites dans sa thèse.

J'ai divisé les tumeurs d'origine branchiale en deux catégories : les branchiomes épithéliaux, et les branchiomes mixtes.

Les branchiomes épithéliaux sont de beaucoup les plus fréquents : la tumeur a la structure du cancer de la peau, ou de la muqueuse bucco-pharyngienne, elle est riche en globes épidermiques ou muqueux; c'est la structure des trois observations princeps de Volkmann, c'est la structure de quatre des cinq cas que j'ai observés. Exceptionnellement, le branchiome épithélial peut être développé aux dépens d'un épithélium cylindrique.

Les branchiomes mixtes sont beaucoup plus rares; je n'en ai observé qu'un cas, et il n'en existe qu'une dizaine d'observations connues. Par un hasard extraordinaire, Veau, sur ses six observations, en a rencontré cinq qui rentrent dans cette catégorie. Il a été ainsi amené à dé-

crire comme type histologique de l'épithélioma branchial la structure de ces tumeurs mixtes, qui ne diffèrent en rien des autres tumeurs mixtes de la région para-buccale.

Or cette distinction anatomique est importante, car elle répond à des différenciations cliniques, pronostiques et thérapeutiques d'importance capitale.

Le branchiome épithélial s'observe surtout de 40 à 50 ans, il a une évolution rapide ; il forme une tumeur mal limitée, dure, immobile, adhérente partout. Le branchiome mixte s'observe plutôt chez les jeunes, son développement est très lent ; il constitue une tumeur bien limitée, encapsulée, de consistance souvent irrégulière, mobile sur les plans superficiels et profonds.

Le branchiome épithélial est une tumeur nettement maligne, et très maligne. Le branchiome mixte est une tumeur bénigne; il peut d'ailleurs, comme toute tumeur mixte, dégénérer ; à la première période, bénigne, du branchiome mixte succède alors une deuxième phase dans laquelle la tumeur infiltre les tissus adjacents, s'accroît rapidement, prend en un mot tous les caractères de la malignité.

L'opération est facile en cas de branchiome mixte ; la tumeur est encapsulée, et comme elle n'adhère nulle part son énucléation est toujours extrêmement simple. Il n'en est plus ainsi en cas de branchiome épithélial ; la tumeur adhère au paquet vasculo- nerveux, et bien souvent ce paquet vasculo-nerveux a été sacrifié dans son entier. C'est ainsi que le professeur Reclus dut réséquer chez un de ses opérés les carotides, la jugulaire interne, le pneu-

mogastrique, le sympathique et le grand hypoglosse. Malgré ces très grands dégâts, la récidive est pour ainsi dire la règle.

En définitive, je considère que l'épithélioma branchial, tel qu'il a été décrit en France dans ces dernières années, doit être démembré en 2 classes absolument différentes l'une de l'autre, le branchiome épithélial et le branchiome mixte.

Epithélioma branchial intra-parotidien. Contribution à l'étude anatomique des épithéliomas de la parotide.

(*Société anatomique*, juillet 1902, p. 621. en collaboration avec P. Fredet.)

Les épithéliomas de la parotide comprennent, d'après la plupart des classiques, 3 variétés : le carcinome, l'épithélioma tubulé et l'épithélioma pavimenteux. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de cette dernière catégorie, et il nous a paru absolument inexplicable par les pathogénies actuellement admises : il n'existe normalement dans la parotide aucun épithélium qui puisse donner naissance à un épithélioma pavimenteux. Il nous a paru tout à fait rationnel d'interpréter cet épithélioma inexplicable autrement comme un *épithélioma intraparotidien d'origine branchiale.*

Nous arrivons ainsi à une classification toute nouvelle des épithéliomas de la parotide. En dehors des tumeurs branchiales intra-parotidiennes, il n'existe que deux variétés d'épithéliomas : ceux qui sont développés aux

dépens des canaux excréteurs de la glande, et ceux qui proviennent des acini glandulaires. L'epithélioma des canaux excréteurs est un épithélioma cylindrique. Quant

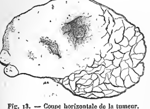


Fig. 13. — Coupe horizontale de la tumeur.

à l'épithélioma développé aux dépens des acini, il présente un type spécial, l'épithélioma glandulaire parotidien, qui prolifère sous forme de boyaux pleins tendant tout à fait à reproduire l'aspect de la parotide embryonnaire. Ces 2 variétés peuvent être remaniées par leur infiltration dans un tissu conjonctif plus ou moins dense; elles donnent alors l'aspect « carcinome » des classiques avec ses deux variétés cliniques de squirrhe et d'encéphaloïde.

Kyste mucoïde thyro-hyoïdien

(*Société anatomique*, 21 mars 1902, p. 328.)

Note sur deux cas de kystes mucoïdes du cou à épithélium cilié dérivés des restes du tractus thyréo-glosse

(*Revue de chirurgie*, février 1903, p. 141, en collaboration avec P. Fredet.)

J'ai extirpé, en juillet 1901, chez une femme de 42 ans, un kyste thyro-hyoïdien. Sa situation, son revêtement microscopique par une couche d'épithelium cylindrique cilié, me permirent de le rattacher nettement aux kystes dérivés des restes du canal thyréo-glosse, et la pièce fut présentée ainsi à la Société anatomique. Mon ami Fredet avait de son côté opéré un kyste fistulisé de la même région; ce kyste était plus complexe, car son revêtement était pavimenteux en bas, et ne reprenait l'aspect typique, à épithelium cilié, qu'à sa partie supérieure; tout à fait en haut son pédicule était d'ailleurs entouré par des grains thyroïdiens absolument caractéristiques. Nous avons réuni nos deux observations, et présenté dans la Revue de chirurgie quelques réflexions sur les kystes dérivés des restes du canal thyréo-glosse.

Nous nous sommes avant tout attachés à préciser, car elles nous ont paru peu connues en France, les relations des ébauches thyroïdiennes avec l'os hyoïde. Quelques notions embryologiques permettent d'expliquer très facilement les rapports variables de l'os hyoïde et des kystes

qui nous occupent. Nous appuyant sur les multiples anomalies connues du corps thyroïde, de son isthme en particulier et de la pyramide de Lalouette, nous avons montré qu'il était facile d'interpréter comme kystes du canal thyréo-glosse même certaines formations kystiques qui, a priori, paraissaient n'avoir que des rapports assez lointains avec les ébauches thyroïdiennes.

V. — SEIN

Article — Tumeurs du sein

(Pratique médico-chirurgicale de Brissaud, Pinard et Reclus. 1906.)

Le Professeur Reclus, mon maître, m'a confié, dans sa Pratique médico-chirurgicale, la rédaction des articles concernant les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes du sein.

Tumeurs bénignes. Adéno-fibrome. — La tumeur bénigne développée aux dépens du sein peut aller de l'adénome pur, forme rare, au fibrome pur ; elle présente d'habitude le type adéno-fibrome. Pratiquement, si l'adéno-fibrome est une tumeur encapsulée, il faut savoir qu'autour du plan de clivage qui l'entoure il existe presque toujours une zone, tantôt complète, plus souvent incomplète, de tissu mammaire refoulé, présentant des lésions de mammite chronique. L'énucléation simple de l'adéno-fibrome sans ablation de cette coque malade constituera une opération imparfaite, car elle laissera subsister des tissus capables de donner naissance à une tumeur semblable à la tumeur énucléée : les relations entre les adéno-fibromes et les mammites me paraissent en effet assez nettement établies.

Comme toute tumeur bénigne, l'adéno-fibrome peut dégénérer, soit en épithéliome, soit en sarcome ; mais on

a souvent décrit comme adéno-sarcomes des tumeurs qui, n'étaient que de très volumineux adéno-fibromes.

Tumeurs malignes. Cancer. — Je mets immédiatement à part la tumeur désignée sous le nom d'épithelioma canaliculaire dendritique ; il n'est pas démontré qu'elle soit toujours une tumeur maligne ; sa structure, la longue durée de son évolution qui peut être indéfinie, sa régression possible, vont contre l'hypothèse de malignité. Néanmoins, comme toute prolifération bénigne, ces tumeurs villeuses sont des points d'appel à la dégénérescence maligne ; le néoplasme perd alors ses limites précises et s'infiltre dans les tissus voisins ; c'est dans ces conditions seulement que l'épithelioma dendritique mérite de rentrer dans la catégorie des cancers du sein.

Tous les épithéliums du sein peuvent donner naissance au cancer. De plus, comme ces épithéliums sont, à l'état normal, très variables suivant les diverses phases de la vie génitale de la femme, il est tout naturel que les déviations néoplasiques de ces épithéliums se ressentent de ces modifications. Les figures microscopiques du cancer du sein rappelleront donc plus ou moins tantôt des coupes d'acini en période de repos sécrétoire, tantôt des coupes d'acini comparables à ceux des mamelles en lactation, tantôt des coupes de canaux excréteurs, etc.

Au point de vue pratique, je me suis efforcé de préciser les symptômes du cancer du sein « au début », de manière à en établir un diagnostic précoce. Si après la ponction exploratrice, la compression méthodiquement pratiquée pendant 8 jours, il subsiste encore des doutes, on ne doit pas tarder davantage, il faut opérer : les inter-

ventions contre les cancers sont de véritables interventions d'urgence.

J'ai décrit dans ses détails la technique opératoire qui me paraît la meilleure contre le cancer du sein : intervention enlevant d'un bloc, à partir des vaisseaux axillaires, c'est-à-dire de haut en bas, tout le tissu cellulo-ganglionnaire de l'aisselle, les pectoraux, et enfin le sein et sa tumeur qu'on se trouve avoir ainsi enlevés « sans y toucher ». Je rappelle, au cours de cette description, les règles générales de la chirurgie cancéreuse : « le chirurgien doit enlever le cancer de loin, sans le voir ; si par mégarde son bistouri a tranché quelque partie suspecte, ce bistouri doit être immédiatement rejeté, sous peine d'inoculer les parties saines ; la tranche malade mise au jour sera touchée fortement au thermo-cautère. A fortiori, si le cancer est ulcéré, devra-t-on commencer par une large destruction au thermo-cautère de l'ulcération, et cacher cette zone, malgré tout dangereuse, sous des compresses qui resteront là jusqu'à la fin. De plus, on devra éviter, au cours de l'intervention, de serrer le sein à pleine main si l'on ne veut pas exprimer dans la plaie comme avec une éponge le suc cancéreux dont il est gorgé. »

Cancer du sein avec adénopathie axillaire tuberculeuse du côté opposé.

Société anatomique, 9 mai 1902, p. 474 (en collaboration avec P. Fredet.)

Cancer du sein développé chez une femme de 36 ans ; petits ganglions axillaires du côté correspondant. Mais

il existait, dans l'aisselle du côté opposé, une série de ganglions assez gros, isolés, durs, mobiles, non douloureux, apparus en même temps qu'apparaissait le cancer du sein. Nous crûmes, bien que le cancer siégeât à la partie inféro-externe du sein, qu'il s'agissait d'un de ces cas assez exceptionnels d'adénopathie cancéreuse axillaire bilatérale, et nous nous comportâmes en conséquence. Or l'examen histologique nous montra que les ganglions axillaires du côté opposé à la tumeur étaient des ganglions exclusivement tuberculeux.

VI. — DIVERS

Sténose du pylore par compression ganglionnaire.

(Société anatomique, 29 novembre 1901, p. 637.)

Autopsie d'un individu gastro-entérostomisé 3 ans et demi auparavant par M. Tuffier pour des accidents de sténose pylorique, et mort à la suite d'un abcès aréolaire du foie. La pièce était particulièrement intéressante, car M. Tuffier avait présenté jadis le malade à la Société de chirurgie en émettant à son sujet l'hypothèse d'une sténose d'origine syphilitique.

Or, s'il existait nettement une sténose du pylore — le canal n'admettait pas l'extrémité du petit doigt — il s'agissait d'une sténose extrinsèque : les parois du pylore étaient souples, d'aspect normal, et la muqueuse ne présentait pas trace d'ulcération ni de cicatrice.

Mais le pylore disparaissait au milieu d'un amas énorme de ganglions qu'il fallut sculpter pour le mettre au jour. L'agglomération ganglionnaire se confondait plus bas avec le pancréas, plaquait la troisième portion du duodenum contre la colonne vertébrale, ajoutant à la sténose du pylore une sténose sous-pylorique, et descendait jusqu'à la partie supérieure du mésentère.

Tous les ganglions étaient caséeux ; il s'agissait appa-

remment de tuberculose ganglionnaire, bien que nous n'en ayons pas eu la preuve histo-bactériologique.

En tous cas notre observation rentre dans une catégorie de sténoses pyloriques tout à fait exceptionnelles.

Adéno-épithélioma du rein

(*Société anatomique*, 17 janvier 1902, p. 60; en collaboration avec H. Duclaux.)

Néoplasme du rein droit, paraissant avoir débuté à l'occasion d'un traumatisme; grosse tumeur, hématurie et fièvre. Néphrectomie par M. Mauclaire, le 25 novembre 1901.

La tumeur occupe la moitié inférieure du rein; elle a perforé la paroi inférieure du bassinet, dans laquelle fait saillie une petite végétation néoplasique du volume d'un grain de mil.

Au microscope, il s'agit d'un néoplasme exclusivement épithélial. Les cellules épithéliales sont disposées, suivant les points, en tubes, en cordons, ou en masses végétantes. Ce sont des cellules cylindriques, claires après l'action du xylol, bourrées de granulations graisseuses. Elles reposent sur des travées conjonctives minces, entre lesquelles par places s'insinuent des capillaires.

Cette pièce nous a paru présenter un intérêt véritable. Elle possède l'aspect considéré comme caractéristique de la « struma supra renalis », et semble cependant pouvoir être difficilement expliquée par une inclusion surrénale, vu son siège dans la partie inférieure de la glande. Nous nous sommes demandés si cette variété d'épithélioma ne

pourrait pas être considérée comme un épithélioma développé aux dépens des tubes excréteurs du rein, ou mieux aux dépens de bourgeons rénaux emybronnaires persistants.

Leucoplasie buccale et cancer

(*Société anatomique*, 24 janvier 1902, p. 81.)

J'ai observé chez un homme de 55 ans, fumeur et syphilitique, deux plaques de leucoplasie placées symétriquement à la face interne des joues; mais tandis que l'une restait leucoplasie, l'autre se transformait en cancer. Ce fait m'a paru favorable à l'étude des rapports réciproques des cancers et des leucoplasies.

La comparaison des deux plaques montre que la plaque cancéreuse diffère de la plaque purement leucoplasique par quatre éléments : les globes cornés, l'hypertrophie de la couche de Malpighi, l'infiltration leucocytaire de cette couche, l'exagération du volume des papilles dermiques.

J'ai insisté sur la valeur de l'hypertrophie de la couche de Malpighi : elle consiste en une augmentation du nombre et du volume des cellules de cette couche. Avant l'apparition de tout globe épidermique, signature du cancer, la constatation de cette hypertrophie avec infiltration leucocytaire pourrait permettre peut-être de prévoir le cancer ; c'est elle qui caractériserait ces plaques de leucoplasie qui sont « du cancer en puissance ». En fait, il s'agit peut-être là déjà de cancer véritable que nous ne savons pas reconnaître à ce stade parce que nous

avons l'habitude, pour affirmer le cancer en pareil cas, d'attendre l'apparition des globes épidermiques.

Kyste du pancréas

(*Société anatomique*, 28 février 1902, p. 205, en collaboration avec L. Theuveny.)

Tumeur de l'hypochondre gauche, observée sur une femme de 43 ans qui, depuis 20 ans, se connaît cette tumeur; depuis 3 mois accroissement rapide et apparition de douleurs assez vives, avec amaigrissement.

Tumeur du volume des 2 poings, arrondie, lisse, rénitente, et douée d'une grande mobilité dans tous les sens; elle affleure la paroi abdominale antérieure et est mate à son point culminant.

Laparotomie médiane par M. Legueu, le 9 août 1901. La tumeur est séparée de la paroi abdominale par l'épiploon, et elle est recouverte par le péritoine pariétal postérieur; elle fait saillie au-dessous de l'estomac, au-dessus du côlon transverse. Elle tient dans la partie profonde, par un pédicule plus large que haut, à la face antérieure de la queue du pancréas. Section du pédicule; extirpation.

Le kyste était rempli par un liquide épais, jaune rougeâtre, dans lequel nageaient des masses végétantes et friables. La paroi interne de la poche était à peu près lisse, sauf en un point, sur lequel s'implantait une grosse masse végétante analogue à celles qui flottaient dans le liquide.

L'examen microscopique nous a montré que nous avions

affaire à un *kyste épithélial en transformation cancéreuse*. Tandis que le revêtement du kyste présente partout une couche de cellules régulières, très hautes et très étroites, à petit noyau, les masses bourgeonnantes nous offrent des cellules cubiques ou polymorphes plus ou moins irrégulièrement disposées, avec de gros noyaux dont certains sont en caryokinèse. La coupe qui passe à la limite des 2 zones montre nettement la transformation néoplasique. Nous ne croyons pas que cette transformation cancéreuse des kystes du pancréas ait été avant nous ainsi saisie sur le fait.

Nous avons eu quelque mal à établir aux dépens de quel épithelium s'était développé notre kyste. Son revêtement ne ressemblait en rien à celui des acini pancréatiques. S'agissait-il d'un kyste wolffien ? L'interprétation la plus favorable nous a paru être celle que Dor a donnée dans un cas semblable au nôtre : le kyste serait développé aux dépens de bourgeons pancréatiques embryonnaires arrêtés dans leur développement.

Fibro-sarcome de la fesse

(*Société anatomique*, 2 mai 1902, p. 452, en collaboration avec P. Frédet.)

La tumeur, observée chez une femme de 33 ans, existait depuis une douzaine d'années, mais depuis 3 mois elle avait subi un brusque accroissement. Dure, mobile et indolente, elle siégeait immédiatement au-dessus et en avant du bord supérieur du muscle grand fessier; son

pôle supérieur paraissait relié par un pédicule à la crête iliaque.

L'opération nous montra ce qu'était ce pédicule, sur lequel on insistait tant autrefois. La tumeur avait condensé autour d'elle une capsule de tissu conjonctif, et c'était cette condensation, tout à fait indépendante du néoplasme lui-même, mais apparemment provoquée par son poids même, qui semblait prolonger la tumeur vers la crête iliaque. En fait, le pédicule, ou plutôt la condensation conjonctive, s'affaiblissait progressivement et venait mourir au niveau de l'aponévrose lombaire.

Quant à la tumeur elle-même, elle présentait l'aspect habituel des fibromes en transformation maligne, dits fibro-sarcomes, structure qu'avait fait prévoir l'accroissement rapide du néoplasme dans les derniers temps.

Epithelioma de l'ampoule de Vater.

(*Société anatomique*, 13 février 1903, p. 15; en collaboration avec M. le professeur Cornil.)

Homme de 34 ans, entré le 29 janvier 1903 dans le service du professeur Reclus pour un ictère progressif datant de 6 semaines : décoloration complète des matières fécales, amaigrissement très rapide, et fièvre à 39°. Le foie dépasse les fausses côtes de 4 travers de doigt, la vésicule est très nettement distendue.

L'intervention fut pratiquée d'urgence le lendemain même : elle consista en une ouverture de la vésicule, qui laissa couler une quantité considérable de bile, en un

cathétérisme des voies biliaires par la vésicule, qui ne permit de percevoir aucun obstacle; elle se termina par une cholécysto-entérostomie.

Le malade mourut brusquement le neuvième jour. Il existait à l'autopsie, en plus d'un abcès sous-phrénique, une dilatation considérable des voies biliaires intra et extra-hépatiques; il n'y avait pas de calculs, et le pancréas était normal. Mais *l'ampoule de Vater* faisait dans la lumière duodénale, sous la muqueuse qu'elle refoulait, une saillie anormale du volume d'une amande, sans dureté spéciale. L'orifice intestinal de l'ampoule ne semblait d'ailleurs pas oblitéré.

C'est l'examen microscopique seulement qui a permis de constater, sur cette ampoule de Vater coupée dans sa totalité, que la lumière du canal cholédoque présentait vers sa terminaison des végétations anormales formées par un épithelioma très limité. Cet épithelioma infiltrait la paroi du cholédoque dans sa traverse duodénale, entourait de loin l'embouchure du canal de Wirsung, respectant complètement et la muqueuse du conduit pancréatique, et la muqueuse intestinale.

Fibrome de l'aponévrose plantaire

(*Société anatomique*, 1er mai 1903, p. 419, en collaboration avec C. Dambrin), et (thèse Voirin, Paris, 1904).

La tumeur s'était développée lentement depuis 8 ans chez un homme de 39 ans; depuis quelques mois elle accélérait son allure. Elle était située à la partie interne de la plante du pied, à égale distance de ses 2 extrémi-

tés, et formait un relief facilement perceptible, allongé et dur, immobile avec l'aponévrose plantaire. Comme le montra l'opération pratiquée par le professeur Reclus, la tumeur était incluse dans le bord interne de l'aponévrose. Elle était constituée par une accumulation de masses arrondies, du volume d'un pois à celui d'une tête d'épingle, et tranchant par leur coloration jaune sur la teinte nacrée de l'aponévrose. Au microscope, ces granulations étaient formées par des tourbillons de cellules fusiformes; le centre des tourbillons était presque constamment occupé par un fin vaisseau. A la périphérie, ces amas se confondaient insensiblement avec les travées fibreuses de l'aponévrose dans laquelle les fibromes — les fibro-sarcomes diraient certains — s'étaient développés.

Les rares examens histologiques qui avaient été pratiqués jusqu'alors pour des tumeurs de l'aponévrose plantaire n'avaient rien montré d'analogue. Il nous a paru intéressant de rapprocher cette tumeur exceptionnelle des épaississements fibreux qu'on rencontre au pied, à la main surtout, au début peut-être et en tout cas au cours de la rétraction des aponévroses plantaire et palmaire ; c'est ce qu'a fait notre élève Voirin dans sa thèse de 1904.

Examen histologique d'une tumeur para-rénale.

(Présentation de M. Pierre Delbet. *Société de chirurgie*, 8 juin 1904, p. 638.)

Il s'agissait d'une énorme tumeur, développée en quelques mois sur la face inféro-externe du rein gauche d'une femme de 66 ans. Elle fut enlevée par M. Delbet le 30 janvier 1904.

Cette tumeur était essentiellement fibreuse; elle était constituée par un enchevêtrement de fibres conjonctives de toutes les dimensions et de toutes les formes, depuis le gros amas à fibrilles parallèles rappelant la systématisation des lames tendineuses, jusqu'à l'éparpillement de fibrilles presque imperceptibles, tel qu'en peut donner la plus réussie des dissociations. Ces fibres paraissaient émanées de la paroi des nombreux vaisseaux qui sillonnaient le néoplasme.

Entre les fibres conjonctives, on rencontrait un minimum de cellules; volumineuses et étoilées, c'étaient des cellules conjonctives tout à fait typiques, telles qu'on en observe dans la classique boule d'œdème. La tumeur était donc très nettement un fibrome œdémateux.

Mais en un point, vers son pôle inférieur, la tumeur présentait *deux petits noyaux osseux*, visibles à l'œil nu; ils formaient deux petits os en miniature et tout à fait caractéristiques; rien n'y manquait : cellules de Havers, moëlle osseuse avec quelques myéloplaxes, périoste, etc.

Notre tumeur rentre donc dans la catégorie des tumeurs mixtes para-rénales, et nous n'avons trouvé dans la litté-

rature qu'un cas, celui de Hildebrandt, qui pût lui être comparé.

Bien que la tumeur adhérât en un point au parenchyme du rein, dont une lamelle dut être enlevée au cours de l'opération, nous croyons que la tumeur n'est développée ni aux dépens du rein, ni aux dépens de sa capsule fibreuse, mais qu'elle représente une véritable tumeur mixte para-rénale par inclusion protovertébrale.

Examen histologique d'une tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus.

(Présentation de M. Pierre Delbet. *Société de chirurgie*, 29 novembre 1905, p. 1023.)

Au moment où M. Delbet présenta sa malade, elle avait subi depuis 2 ans déjà un évidement de l'extrémité supérieure de l'humérus pour cette variété de néoplasme osseux auquel on donne le nom de sarcome à myéloplaxes.

La tumeur comprenait un grand nombre de myéloplaxes, vastes cellules géantes dont beaucoup renfermaient plus de cent noyaux. Ces cellules présentaient des prolongements effilés qui devenaient très nettement, sur certains points, parois de vaisseaux capillaires; elles paraissaient s'accroître par l'apposition successive des myélocytes au milieu desquels elles étaient placées.

Il existait, en effet, dans la tumeur, outre les myéloplaxes, toute la série des cellules qu'on rencontre habituellement dans la moëlle osseuse : de très nombreux myélocytes, des globules rouges à noyaux, etc.

La tumeur était donc, en définitive, constituée par une *prolifération de tout le système de la moëlle osseuse*, et pas seulement par la multiplication d'un des éléments de cette moëlle. Il y a là un argument puissant en faveur de la nature inflammatoire de pareilles tumeurs, qui cadre bien avec leur évolution habituellement bénigne. L'expression de « sarcome à myéloplaxes », appliquée à de pareilles tumeurs, ne nous semble pas justifiée.

Poitiers. — Imprimerie Blais et Roy, 7, rue Victor-Hugo.